

論文

「作業権」の視点からみた 高齢者の介護予防に関する研究

—— 介護予防・日常生活支援総合事業の現状と課題を中心に ——

渡 辺 慎 介

〔抄 録〕

本研究では、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）の現状と課題を「作業権」の視点から批判的に考察した。強制的卒業によってサービスの利用を剥奪され、無資格支援者がサービス提供することによってサービスの質が低下し、資力を有する者のみが自費でサービスを利用できるといった状況が浮き彫りとなった。また、通所介護施設従事者と利用者を実施した半構造化面接の調査結果を質的に分析した結果、総合事業は期待できない施策という認識であることが明らかとなった。

「作業権」行使のために、個別サービス計画段階で「作業歴（対象者固有の生活、形態、行い方）」の聴取をアセスメント項目に取り入れることを提案した。このような個別性の重視が「作業権」行使と関連する。対象者をサービスの受け手ではなく、主体的な生活者として捉えることが「作業権」を行使することとなり、「権利としての社会保障」構築に繋がる重要な視点である。

キーワード：作業権、総合事業、強制的卒業、作業歴、権利としての社会保障

はじめに

I. 研究目的

総合事業が2011年介護保険制度改正で組み込まれ、その実施は各市町村に一任されていた。しかし、実施数が僅かであったため2014年改正によって強制的に義務化されることとなった。「軽度者斬り」といわれる介護保険制度からの強制的卒業、事業対象への強制的移行といった実態が近年浮き彫りになっており、その具体的な施策が総合事業といえる。本稿では、国からは総合事業の先駆的事例として取り上げられていた大阪府大東市と三重県桑名市の取り組み実態

を中心に、後述する「作業権（Occupational rights）」という視点から総合事業の現状や課題を批判的に考察する。また、通所介護従事者と利用者を対象としたインタビューを実施し、今後の高齢者の介護予防事業への提言を目的とする。

Ⅱ. 本稿における視座

Ⅱ-1. 「作業権」の根幹となる概念

高齢により、それまで従事していたことを自らの意志で諦める高齢者は少なからず存在する。しかし、リスクが高いという理由で周囲の影響で趣味や家事といった活動を制限される者、できる能力を有しているにもかかわらず施設職員が介助する事例も数多く存在する。このように、本人の意志とは反し、外的な影響で行為遂行の権利を奪うことを作業療法士（以下、OTR）のエリザベス・タウンゼント（以下、E.タウンゼント）は作業剥奪という概念で説明した。この作業剥奪が「作業権」の根幹となる概念となる。

セルフケア、生産活動（仕事、ボランティアなど）、趣味的活動を実施することは高齢者の健康状態にとって重要な要因であるといえ、介護サービスはそれらを保障する手段となる。地域包括支援センターの主たる業務に権利擁護があり、社会福祉分野では社会福祉基礎構造改革を契機として頻繁に登場するようになった¹⁾。権利擁護は自己決定の支援、利用者をエンパワメントする積極的な意味を持ち、ソーシャルワークにおける原則や理念として重視される²⁾。また、権利擁護を本人らしい生活と本人らしい変化を支えるという積極的権利擁護として捉えることを指摘しており³⁾、上記セルフケアなどの保障は権利といえる。

筆者の問題意識は、①周囲の者が否定的で断定的な見方で高齢者を捉える現状にある「社会的（人的）環境」、②介護予防給付（介護予防訪問介護・介護予防通所介護）が総合事業に移行したことに代表される「制度的環境」、これら2つの外的な環境要因によって高齢者が「作業権」の行使を剥奪されていると捉えていることである。本稿では要介護者、要支援者、介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下、事業対象者）が介護保険制度改革により介護サービスを受給できなくなったことを例にする、制度的環境によって生じる作業剥奪を視座とする。つまり、これらを一個人の問題として帰結するのではなく、社会構造の問題として捉える必要性があると考えている。

Ⅱ-2. 「作業権」の定義

先述した作業剥奪の対概念として、E.タウンゼントは作業的公正という概念を提案した。作業的公正では、本人が望むことへの従事は個人の権利と考え、それを「作業権」と呼び、①「意味（意味があり豊かな作業を経験する）」、②「参加（健康と社会の一員となるための作業への参加を通して成長する）」、③「選択（作業の選択を通して個人や住民が自己決定する）」、④「バランス（作業への多様な参加のための公平な権利を持つ）」の4種類を示した⁴⁾。「作業権」は

個性や固有の生活を重視した観点と捉えることができ、権利の視点から個人の社会参加を論ずることは、介護予防、高齢者の社会的孤立や孤立死の予防へつながらと考えられる。

前述した権利擁護と比し「作業権」の特異性を考えた時、「作業権」は、ひとを作業の視点から捉えることにある。作業の視点とは、ひとの作業を「形態（何を、いつ、どこで、誰と、どのように行っているか、個人固有のこだわり）」、「機能（心身の健康や発達にどのように役立つか）」、「意味（作業に込められた意図、目的、気持ち、価値）」の3つの視点から捉えていくことである。「形態」の例として、身体機能障害により食事が箸からスプーンに変更せざるを得ない事例は多く存在し、栄養摂取という観点からはスプーンで十分だが、例えば、フォークで刺身を摂取することは日本人固有の食文化とはいえない。箸からスプーンは「形態」が変更することを意味し、当然それは食事に対する「意味」も変化する。食事を楽しむという肯定的な側面から、ただの栄養摂取という「意味」に変化してしまうことも十分考えられる。「形態」は「こだわり」と換言でき、食事1つとってみても手順や方法は固有のものである。「こだわり」の「行い方」⁵⁾が遂行できるか否かが肯定的な「意味」として捉えられるかの決定要因となり得る。

本稿では「作業権」の作業を、①セルフケア、②生産活動、③趣味的活動の3種類に規定し、それらが、人ひとりの固有の生活を支えるもので意味や価値を感じられることとする。作業剥奪、作業的公正といった概念を背景に、本稿では「作業権」を「一定のルールの中で、外的要因で阻害・剥奪されることなく自己決定・コントロールしながら作業に従事することができ、作業と結びついて成長し、社会の一員となることができる権利」と定義する。

第1章 「作業権」と社会福祉との関連

社会福祉の対象者は、高齢者、障害者、子ども、貧困者などであり、貧困、孤立、生活不安、発達阻害、要介護といった社会的困難を抱えた人々を対象とする。社会福祉対象論の立場から対象を捉えると、①階級・階層（貧困者・低所得者）、②社会問題の視点（貧困・生活・発達阻害問題）、③人権の視点、以上3つの視点から捉えられる⁶⁾。このうち③人権の視点が「作業権」と関連付けられ、例えば身体介護や生活援助は個人の尊厳を守ることに繋がり、深刻な生活状態に陥る前の予防的な対応ともいえる。つまり、作業の権利を行使することは、個人の尊厳や人権を守り、深刻な社会問題に発展しないための予防であると捉えられる。

新自由主義改革における社会福祉政策の典型例として介護保険制度が挙げられる。それは、公的供給体制を抑制させて市場化によるサービス供給、営利セクターの参入、競争的環境が行われており、新自由主義の流れに対応した制度改革といえる⁷⁾。つまり、国民の負担を強いることを前提とした市場化政策なのである。正確には「準市場化」といわれ、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業（以下、サービス事業）でいえば、現行相当サービスは要支援または事業対象者を対象とするため、捉え方によっては国に規制されているといえる。しかし、一般介

介護予防事業における住民主体の場や保険外サービスは市場であることから、「準市場化」政策といえるのである。現在、保険外サービスや自費で総合事業の各サービスを利用する高齢者が存在するが、これは公共化が小さく、市場に依存するという市場化の拡大を意味している。この市場化への依存度の拡大は、結局、世帯や個人の資力によって消費が規定されることとなり、1つの社会問題として社会福祉の対象となる。資力により従事する作業が規定されることは社会問題であり、「作業権」とは親和性が高いものと考えられる。介護保険制度には、生活の継続、自立支援といった理念が存在する。介護保険制度で提供されるべきサービスはセルフケアに限定した生活援助だけでなく、その範囲は趣味的活動なども含めて広範囲なはずである。「作業権」を行使できない、剥奪されている状態は、社会問題として社会福祉の対象になる。

第2章 「作業権」の視点からみた総合事業の現状と課題

本章では総合事業の具体的施策を紹介し、大東市と桑名市の取り組み状況と課題を「作業権」の視点から考察する。大東市は大東元気でまっせ体操（以下、体操）の普及に代表される介護予防事業の取り組みが、厚生労働省の総合事業好事例として度々取り上げられている。桑名市は全国に先駆けて2015年4月に総合事業に移行した⁸⁾。しかし、これら2自治体の総合事業の実態は様々な課題を含んでいるもので、大東社会保障推進協議会と大阪社会保障協議会（以下、協議会）は大東市の総合事業の取り組みに関する現地調査を実施し、その現状と問題をまとめ、「介護保険『卒業』がもたらす悲劇—あなたのまちが大東市と同じ失敗をしないために—」を出版した。本章ではこれらの調査を中心に、総合事業の現状を紹介していく。

2-1. 総合事業の具体的施策

総合事業の背景・基本的考え方は、多様な生活支援の充実、高齢者の社会参加と地域における支え合いの体制づくり、介護予防の推進などである。総合事業の対象者は、①要支援者、②事業対象者、③要介護認定非該当高齢者で、具体的施策としてサービス事業と一般介護予防事業に分けられる。サービス事業は「訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス、介護予防ケアマネジメント」の4つ、一般介護予防事業は「介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業」の5つから構成される。サービス事業のうち、訪問型と通所型サービスは、現行相当サービス、基準緩和サービスA（以下、それぞれ訪問型A、通所型A）、住民主体による支援B（以下、それぞれ訪問型B、通所型B）、専門職による短期集中予防サービスC（以下、それぞれ訪問型C、通所型C）」の4つで構成される。また、訪問型サービスのみプラスして移動支援Dが構成されている。生活支援サービスは「配食、住民ボランティアが行う見守り、訪問型・通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援」の3つで構成される⁹⁾。

サービス事業では、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合の他、住民主体によるサービス提供が目指されたことを特徴とし、一般介護予防事業も住民主体の通いの場を充実させることを特徴とするとともに、リハビリテーション専門職を活かした自立支援の取り組みを推進し、生きがいや役割をもって生活できる地域を構築することを目的として開始となった。

2-2. 大東市と桑名市にみる「強制的卒業」の現状

大東市は2016年4月に総合事業へ移行し、要支援認定更新者を順次総合事業に移行させ、徹底的にサービス卒業路線を打ち出すようになった。代表的なセールスポイントは体操であり、介護保険制度からの卒業は体操に移行させることを意味していた。体操は市内各所で展開され、住民主体の取り組みとして実施された¹⁰⁾。大東市は住民に対して介護保険料を減らすために体操に参加して元気な高齢者を増やし、介護保険制度を利用しないことを刷り込む広報を展開している。このような方針の結果、それまで介護予防通所介護や訪問介護を利用していた要支援者が訪問型または通所型Aへ移行させられ卒業扱いとされていった。総合事業移行前の通所介護利用者は552名いたが、総合事業移行9か月後に現行相当サービスに移行できたのはわずか29人(移行者の6.5%)に過ぎなかった。大半の市町村が総合事業移行後も現行相当サービスの利用が可能であるのに対し、大東市は数%しかサービスの継続ができず、2割以上がサービスの打ち切り、つまり、卒業させられる結果となった。この卒業には大東市が制度化した財政的インセンティブという背景が存在しており、卒業加算、移行加算を設け、卒業・移行者が少ない事業所には指定事業所として更新しないことを決めた。

桑名市も強制的卒業と受け取られる現状にある。新規に介護保険を申請し要支援及び基本チェックリストで事業対象と認定された者の支援計画を検討する地域ケア会議が実施されている。行政・地域包括支援センター職員、リハ職等がケアマネージャー(以下、ケアマネ)とサービス担当者に対し助言を行うのだが、その実態は半年後の卒業可否という視点でケアマネが支援計画の点検を受ける場となっている。この会議のための提出書類やプレゼン準備の手間も膨大であり、たとえ利用者が90歳代であろうが、半年後に卒業していなければケアマネは再び会議に呼ばれ、注意指導を受けることとなっている¹¹⁾。桑名市は、卒業から6か月サービスを受けずに過ごせば、当事者、事業者、ケアマネに「元気アップ交付金」という報奨金を支給している。このような取り組みにより要介護認定率は総合事業開始前の16.3%から14.0%へと低下したのだが、この結果が財政優先、行政主導の結果であることはいうまでもない。

両市でこのような卒業問題が顕在化している中、大東市への現地調査報告で、わずか半年で要支援1から要介護5へと重度化した当事者の訴えが「NHK クローズアップ現代+ (2017年7月)」で伝えられた。それは、医師が指示した通所リハビリテーションを利用せず、自宅でビデオを観て体操をするケアプランを押し付けられたことが理由であった。これは、制度そのものの給付抑制のために、市町村が財源確保に奔走したことが背景にあり、そのしわ寄せが要支

援者、事業対象者に及んでいると捉えられる。

大東市現地調査団実行委員長の新井は、「要支援・要介護状態になって誰かの介護を必要としても、自分の意思で、自らの生き方を決めることが自立である。自己決定権の行使こそ自立であり、そのための介護保険サービス利用は決して間違いではない」と述べており、強制的卒業により通所介護施設利用不可となることで、市が社会的孤立した高齢者を作り出し孤立死に至らしめることを指摘している¹²⁾。行政が自らの手で高齢者を社会的に排除する可能性、つまり、「作業権」を剥奪する可能性を大いに秘めているといえる。

2-3. 総合事業の課題―「作業権」の視点から―

大東市と桑名市の状況を踏まえ、「作業権」の視点から総合事業の課題を4項に分けて具体的に述べていく。

2-3-1. 強制的卒業と「作業権」

介護保険制度からの強制的卒業は、軽度者がサービスを受けることすら不可能となり、生命を維持するという意味で「作業権」を剥奪されている状態に陥っていることを意味する。本来、予防給付は要介護状態に至ることの予防を目的にスタートしたが、現在では軽度者切り捨て路線であり、「国が目指す地域包括ケアシステムではなく医療介護での社会保障の枠組みを縮小・後退させ生存権を奪う」ことにつながっている¹³⁾。サービス事業所が不足し、結果、介護難民を発生させることは、「介護の社会化」に反し、家族の介護負担を増大させることにもつながる。

2-3-2. QOL と「作業権」

自宅や住民主体の場での体操への移行といった事例は、行動範囲を制限し、社会的孤立を助長する要因となる。通所介護施設への定期的な通所で社会的孤立防止につながり、食事、入浴などの生活支援サービス利用も可能である。また、施設内サービスのレクリエーションやものづくりなどで、意味や価値を感じられる作業に従事し続けることも可能である。大東市に代表されるような体操は、名称こそ違いが全国各地で市町村独自のものが実施されている。生活の質や「作業権」の視点からみると、体操を実施しただけで充実した人生を全うできているのだろうか、という疑念を抱かざるを得ない。体操は心身機能維持・向上につながるが、それは何かの作業をするための手段であり、目的となってはならない。対象者全員に体操をすることの価値を押し付けることは個々の生活に即したサービスを提供できているとはいえず、「作業権」を行使し、価値や意味ある作業に従事しているとはいえない。

2-3-3. 支援者と「作業権」

次に挙げる課題は、サービス事業 A・B 型に代表される、無資格者によるサービス提供であ

る。神奈川県川崎市では、訪問サービス従事者研修で僅か5時間のみの研修受講者がサービス提供する状況にあり、国が介護や生活支援をボランティアでも可能という見解をしていると受け取ることができる¹⁴⁾。病状・病態が不安定な利用者が存在する中、無資格者や地域住民がサービスを提供することはリスク管理の面からも非常に危険である。専門職には対象者の疾患特性や予後予測、リスクを把握したうえでの関わりが求められる。それは体系的な専門教育課程を修了したうえでの介入であり、対象者個々の能力に合わせた支援は「作業権」行使のための重要な環境因子となる。

2-3-4. 経済的側面と「作業権」

ある市町村では週1回の訪問介護利用で利用料が介護保険では月1,200円であったものが、総合事業では月4,000円に跳ね上がる事例が報告されている¹⁵⁾。これらは介護保険料を負担しているにもかかわらず自費で利用せざるを得ない状況を意味している。事業者目線では、A型の単価を現行相当の7～9割に抑制する市町村が大半¹⁶⁾であり、また、ある市町村では、家事支援だけ利用する場合にA型しか選択できないため、事業所は同じサービスを提供しても減収となる¹⁷⁾。また、人手不足であるがゆえに高報酬である給付サービスを提供することは自然の流れである。つまり、低報酬であるサービス事業A・Bに積極的に新規参入することは考えにくく、軽度者へのサービスが行き届かなくなる可能性を大いに秘めている。

第3章 総合事業の現状と課題に関する調査

3-1. 調査・分析方法

調査対象者は、A市の通所介護施設に勤務する管理的な立場にある通所介護施設従事者（以下、従事者）3名と通所介護施設を利用している65歳以上の高齢者（以下、利用者）4名とした。通所介護を対象とした理由は、大東市のように現行相当サービス利用者を徹底して削減し、卒業を強制される実態が報告されていることが1つである。また、訪問型サービスではセルフケア中心のサービス提供となることが推測でき、生産活動や趣味的活動といった作業が通所介護施設の方が提供しやすく、幅広い作業の視点からサービス提供状況を把握しやすいと考えた。利用者も調査対象とした理由は、通所介護施設利用者が日常生活で何に困り、通所介護サービスも含めてどのようなニーズを有しているのかを把握し、従事者側からのみの一方的な解釈としないためである。また、利用者と従事者双方の視点から現在の状況や課題を分析することがより現実的な施策への提言ができると思ったためである。

調査期間は2019年7月17日～8月29日であった。調査方法は、インタビュー時間を短縮、効率的に実施するため、施設・従事者・利用者基本属性（職種、業務内容、利用者数、介護度など）に関するアンケートをメールまたはFAXで送付し、インタビュー前に回収した（表1、

表2)。インタビュー実施場所は、勤務施設、利用施設をそれぞれ訪問し、インタビューガイド（表3、表4）に則り、従事者30～60分程、利用者20分程の半構造化面接を実施した。その際、対象者の許可を得てICレコーダーにて録音した。

分析方法は、ICレコーダーで録音した半構造化面接内容の逐語録を作成した。分析の過程は、一貫性を維持するため従事者は「作業権の行使、総合事業の現状と課題」という問いを設定し、利用者は「作業権の行使」という問いのみを設定して、カテゴリー化した。

倫理的配慮として、「佛教大学『人を対象とする研究』倫理規定」による確認を得て実施した。また対象者には研究要旨、研究依頼書、研究同意書、研究取り消し書を渡し、それらを基に説明を行い、同意を得たうえでインタビューを実施した。

表1 施設・従事者基本属性一覧

従事者	職種	経験年数	業務内容	施設定員数	利用者登録数	1日平均利用者数	利用者の介護度	男女比	平均年齢
A	介護福祉士 生活相談員	15	利用者調整、家族・ケアマネ対応・請求・職員管理等	30	67	25	事業対象者：2 要支援1・2：17 要介護1・2：37 要介護3～5：11	1対9	86
B	施設管理者 介護福祉士	20	デイ管理、有料老人ホーム管理	35	45	32	事業対象者：0 要支援1・2：0 要介護1・2：19 要介護3～5：26	3対7	86.2
C	法人代表・社会福祉士・ケアマネジャー	22	業務管理	27	59	22	事業対象者：1 要支援1・2：10 要介護1・2：36 要介護3～5：9	2対8	87.4

表2 利用者基本属性一覧

利用者	性別	年齢	要介護度	通所介護利用回数	施設利用目的
A	女性	80歳代	事業対象者	1／週	社会的孤立予防
B	女性	80歳代	要支援2	3／週	社会的孤立予防食事・入浴
C	女性	80歳代	要介護4	5／週	生活全般の援助
D	男性	70歳代	要介護5	5／週	身体介護生活全般の援助

表3 従事者に対するインタビューガイド

1	総合事業に対する認識	2	介護保険制度、総合事業に対して思うこと
3	職員の処遇面	4	利用者への処遇で苦慮している点
5	支援内容	6	支援のしやすさ、しにくさ
7	要介護認定「軽度化」を感じることはあるか？	8	施設が「地域」から求められていること

表4 利用者に対するインタビューガイド

1	1日、1週間のスケジュール	2	施設利用回数
3	現在の生活で困っていること	4	通所介護施設での過ごし方
5	通所介護以外で受けているサービス	6	趣味や生きがいにしていること
7	生活全般で今後不安に思っていること	8	今後やりたいこと
9	昔はしていたが現在出来ていないこと	10	行政（制度）に求めること

3-2. 調査結果

3-2-1. 従事者のカテゴリー構成

従事者へのインタビュー後、逐語録を作成し、「作業権の行使、総合事業の現状と課題」という問いに対して、逐語録に表現されているコンテキスト（意味の脈絡）を重視して、22の概念を生成した。その概念からサブカテゴリー13、最終的にカテゴリー6が抽出された（表5）。

【Ⅰ. 期待できない総合事業（介護保険制度）】は、要支援者の訪問介護、通所介護が給付から事業へ移行され、軽度者へのサービス保障が削減される傾向にあることは想定できていたが、改正毎にそれが予想以上に早いペースで進んでいるという印象を抱いていた。

【Ⅱ. 経営困難・人材不足の状況】は、総合事業には現行相当サービスはあるものの、報酬減により経費削減の策を講じ続けなければ施設経営維持が困難な状況であることは全対象者から聴取された。そのため、現行相当サービスは貴重な収入源であることがいえる。

【Ⅲ. 要支援レベル移行への抵抗】は、要介護と要支援とはサービスの量、質ともに差があり、要支援認定されると施設入所が不可になる。そのため、ケアマネや従事者が認定調査の際に要介護に認定されるための否定的側面の情報を提供していることが分かった。

【Ⅳ. サービス利用制限と保障への努力】は、要支援者は現行相当サービスや通所型Aのみ利用でき、事業対象者は通所型Bのみに利用できるといった、市町村独自のローカルルールが存在していた。また、要介護から要支援に認定されても、採算度外視で要支援者の入浴を継続して保障することを目的に通所型Aを開始したことも分かった。

【Ⅴ. 理想と現実の間でのジレンマ】は、利用者の自己決定機会が減少し、家族、ケアマネジャーの意向に従事者が従うことが多いといったジレンマを感じていた。

【Ⅵ. 地域包括ケアシステム構築への障壁】は、従事者間で意識の違いがあり、住民主体の場の運営従事者は構築に向けて具現化を図っているが、自宅での生活援助実施に抵抗を示す住民（民生委員や自治会長など）が存在しており、地域共生社会の実現には程遠い現状にあることも浮き彫りとなった。

3-2-2. 利用者のカテゴリー構成

利用者へのインタビュー後、逐語録を作成した。そして、作業権の行使という問いに対して、

逐語録に表現されているコンテキスト（意味の脈絡）を重視して、20 の概念を生成した。その概念からサブカテゴリー 10、最終的にカテゴリー 5 が抽出された（表 7）。

【Ⅰ．加齢や身体機能低下による制限・制約】は、加齢や身体機能低下によりできないことが多くなることはもちろん、過去していた作業に従事することを自らが諦めていることもあった。

【Ⅱ．限定される移動・行動範囲】は、地域に体操教室や住民主体場はあるが、同年代の高齢者が近所に居ないといった人間関係や、徒歩では行けないという理由で行動範囲が限定的なされ、家族との関係や協力体制によって従事できる作業が限定されることが分かった。

【Ⅲ．形態を維持・変えながら従事する作業】は、体操を過去に従事していた日舞に見立てて実施し、形態を変えながらも趣味的な作業に従事しようと意識していることが分かった。

【Ⅳ．生活全般に対する安心感と不安感が混在】は、施設入所要介護者は身体介護・生活援助が保障され安心感を抱いて生活していた。しかし、事業対象者や要支援者は将来的な身体的な変調や十分なサービスを受けられるか常に不安感を有していることが分かった。

【Ⅴ．社会的孤立予防や交流の場としての通所介護】は、通所介護は交流の場、趣味的活動に従事する場としての機能を期待していた。地域における施設の機能も集いの場としての機能を有しており、通所介護施設が果たしている機能が地域で異なることが示唆された。

3-3. 調査結果の考察

本節では従事者と利用者の調査結果を統合し、3 種類の作業、「作業権」の定義、4 種類の「作業権」、3 つの「作業の視点」を参考にしながら、作業権行使の視点からみた総合事業の現状と課題の考察を試みたい。

表 5 従事者のカテゴリー

カテゴリー		サブカテゴリー	
Ⅰ	期待できない総合事業（介護保険制度）	1	期待できない制度
		2	経費抑制の象徴が総合事業
Ⅱ	経営困難・人材不足の状況	3	施設経営維持困難
		4	人材不足
		5	労力を要す事務手続き（処遇改善加算）
Ⅲ	要支援レベル移行への抵抗	6	事業対象や要支援レベル移行への抵抗感
		7	要介護レベル維持に躍起
Ⅳ	サービス利用制限と保障への努力	8	サービス利用規制
		9	採算度外視のサービス保障
Ⅴ	理想と現実の間でのジレンマ	10	自己決定機会の減少
		11	制度に沿うだけに存在している感覚
Ⅵ	地域包括ケアシステム構築への障壁	12	従事者による意識の違い
		13	地域住民参入への抵抗

表6 利用者のカテゴリー

カテゴリー		サブカテゴリー	
I	加齢や身体機能低下による制限・制約	1	加齢や身体機能低下による活動制限・参加制約
		2	自ら諦めている作業
II	限定される移動・行動範囲	3	地域環境によって限定される行動範囲
		4	家族の協力的体制によって限定される作業
III	形態を維持・変えながら従事する作業	5	身体介護・生活援助中心ながらも趣味的活動に従事
		6	自らの意志で生活を構成し趣味的活動にも従事
IV	生活全般に対する安心感と不安感が混在	7	身体介護・生活援助が保障される安心感
		8	将来的な身体的変調・サービス保障への不安感
V	社会的孤立予防や交流の場としての通所介護	9	交流・趣味的活動への従事を期待する通所介護
		10	利便性高い通所介護

3-3-1. 期待できない制度、人材不足、経営困難

「作業権」定義内の外的要因は、制度や介護職員などの人材に該当する。従事者は総合事業を国がお金を出したくない制度と捉えており、報酬減による経営状態の不安定さ、待遇面による人材不足が「作業権」行使の阻害因子となっている。調査では、「総合事業開始前の人材が充足している時期には出来ていた外出レクといったプログラムが現在では実施できていない」といったコメントが得られた。また、職員勤務の都合で入浴は午前のみといった制約も生じている。通所介護では、直接援助としては身体介護や生活援助中心となり、おしゃべりや趣味的活動は優先順位としては低くなってしまうという状況にもある。そういう意味で、「作業権」の1つ、「選択」している状況とは程遠いものであった。

利用者の中には、近所に住民主体の場はあるが、同年代の住民が居ないことや地域での人間関係が要因で利用できないと述べた者がいた。専門職主体の施設サービスであれば、職員を介して交流が図られることは想定できるが、地域で人間関係未構築の者からすると、サービス「選択」に関して限定的となり、自己決定の機会が皆無に等しいと捉えることができる。通所介護は送迎付きで安心してサービスを利用できるのだが、住民主体の場であると送迎サービスの無い場合もあるため、移動能力の劣る高齢者にとってはその場への移動で不安感を助長し、「参加」できないことに繋がる。このように考えると、専門職の存在が高齢者にとっては安心できる存在であることが分かる。総合事業は、専門職からボランティアへとシフトし軽度給付縮小の手段として機能している¹⁸⁾。そのため、経営難や人材不足はボランティアへシフトすることを助長し、サービスの保障に深く影響して利用者が望む作業を提供できない状況であると考えることができる。

従事者への調査で、管理職という役職であることが影響しているのだが、業務の大半を処遇改善加算に代表されるような管理業務が占めている。無論、報酬を得るために書類作成、申請

は必要なのだが、処遇改善加算に関していえば、「このような労力を要する手続きをしなくてももっと簡単に職員の収入が上がる方法はないのか」とコメントが得られた。申請手続きを外部に委託している事業所もあり、これによって経費を不必要に要していることから、人材不足や経営困難との関連が示唆される。

3-3-2. サービスの利用制限

調査対象とした市町村では、要支援者は現行相当サービスや通所型 A のみ利用でき、地区の社会福祉協議会（以下、地区社協）が運営する通所型 B は利用できないといった実態、市町村独自のローカルルールが存在が浮き彫りとなった。介護保険制度はそれまでの措置制度からサービスの選択が可能となる契約制度への転換を図ることを目的に施行されたが、サービス「選択」の権利を剥奪されている状況なのである。例えば要支援から事業対象へと認定された場合、それまで利用できていた通所介護サービスを利用できなくなる。通所介護で入浴や食事といったセルフケアが保障され、通所介護でしか実施できないような趣味的活動に従事している高齢者も多く存在すると推測できる。総合事業は、「意味」ある作業の実施機会や「バランス」を剥奪しているのである。

今後、地域包括ケアシステムの構築を目指し、地域の住民主体の場が充実してくると、それは一見肯定的に捉えられるかもしれないが、事業対象者が通所介護を利用できなくなることが普遍的となる危険性も秘めている。通所介護が送迎付きであるという利便性から高齢者の社会的孤立予防に貢献していることはいうまでもなく、心身機能維持・向上の大きな要素である。逆に、事業対象から要支援へ認定されると通所介護のみの利用となり、住民主体の場で構築できていた人間関係が分断されるといった「参加」が制約される高齢者も今後存在すると推測できる。本来、通所介護などのサービス事業は、要支援者、事業対象者が利用でき、一般介護予防事業は第 1 号被保険者が利用できる。前述したように、要支援者に対して体操教室などの一般介護予防事業のサービス利用を制限することは実施主体である市町村の判断である。これは、国の管理、統率から外れ市町村に実施を委ねた総合事業の大きな課題となる側面である。

このような課題がある中、従事者は改正毎に可能な範囲でサービスを保障するよう自助努力をしている。例えば、利用者の多くは通所介護に入浴を求めているが、要介護者優先で、要支援者の入浴を原則不可としている事業所も散見される。今回調査した従事者から、「サービスを継続、保障するために通所型 A を開設し、要支援者でも施設で入浴できるようにした」というコメントが得られた。このように、採算度外視で、利用者のサービスを保障するために自助努力している施設が存在している。

社会福祉が法制化されると「自立、権利、正義（公正）」といった概念（正義の倫理）が公的部門における福祉思想のキーワードとなる¹⁹⁾。この公的が介護保険制度そのものに該当するのだが、総合事業における B 型サービスや住民主体の場は互助に位置づけられ、非公式または民

間非営利部門における福祉思想であるといえる。この思想に依拠すると、「作業権」は、公的部門＝介護保険制度で保障すべき概念あると考えられる。無論、ひととひとが支え合い、ニーズに応答する「ケアの倫理」²⁰⁾といった思想は重要であり、地域の中で生きる者としての責務といえる。しかし、総合事業は互助ありきで、公的保障の後退、放棄といった状況なのである。保険料を納付しているにもかかわらず、区分という枠組みでサービスが制限され、個々のニーズや状況に沿ったサービスが提供できないことは「作業権」が行使されていない典型例といえる。

3-3-3. 要介護と要支援との差

生活援助を利用者の多くが求めていることはいうまでもなく、これらを保障されるか否かで利用者の生活への安心感が大きく左右される。施設入所の要介護者へのインタビューで、生活援助や身体介護が保障されていることで安心感を有していることが分かった。酒井²¹⁾が、居宅介護サービス受給者は「作業権」を保障されにくい環境に置かれていることを指摘しているように、独居の要支援者は食事をはじめとして生活全般に不安感を有している。従事者への調査で、利用者、家族、従事者にとって、サービス保障という観点から要介護レベルから要支援レベルへ更新されることに強い抵抗感を有していることが分かった。これはセルフケアをはじめとした「作業権」を行使するためには要介護レベルでなければ保障されないことを意味する。現代の人権保障の理念は、自己決定・選択の自由・平等を原理とし、自分の生き方、生活の質を自分で決めるためにいろいろな選択肢が用意されていなければならない²²⁾。要介護者と比し、要支援者・事業対象者は選択肢という部分で制限されており、要介護者との差は明白で、サービスを選ぶことから乖離してきている²³⁾。要介護者への生活援助や身体介護は保障されているが、要支援者や事業対象者へのサービスを制限している状況は、介護予防を目指しているとは到底いえない。軽度者へのサービスを保障せず、心身機能低下に伴う要介護レベルへの状態悪化を助長させる制度といっても過言ではない。

3-3-4. 利用者の意志を尊重できないジレンマ

要介護者はリスク管理上、家族やケアマネジャーの意向に従わざるを得ないことが多い。利用者本人の意向よりも家族の意向が優先される事例が多いというジレンマも抱えており、これは「作業権」の「選択」している状況には程遠い状況といえる。このようなジレンマを抱えながら、従事者の思いや自助努力によってサービスが継続、保障されている状況なのである。このような状況は、制度、広くは国（行政）に対する不平不満の蓄積、職員の心身の疲労、モチベーション低下につながり、離職、そして最終的には人材不足による利用者の作業を実施する機会の剥奪に繋がる。

第4章 総合事業における「作業権」行使への提言

4-1. 「作業権」行使のための介入

OTRの石橋²⁴⁾は訪問型Cに参画した取り組みを報告している。まず、要支援1の利用者との話し合いで生活スペースすべての窓ふき・網戸掃除ができるようになることを目標に決めた。そして、観察評価後、それまで使用していた掃除道具を見直し、床用ワイパーやブラシ、転倒予防のための椅子を用いることを提案し、遂行可能となった。この1つの生活行為遂行を契機にして家事全般に前向きとなり、掃除の週間スケジュールを立案するといった変化が見られてきた。介入の留意点として、助言や支援方法を、①これまでの道具や材料を変えずに以前からの方法を再習得する方法と、②道具や材料を見直しより適した環境下で習得する方法の2パターンに分けることを述べている。

この石橋の報告を「作業権」の視点から考察すると、作業の視点から「形態」を意識した介入であったと考える。これまでの方法を観察し、これまで通りの方法で遂行するか、道具を変更して遂行するかを利用者との話し合いで決めていった。利用者の心身機能の状態を評価しながら、最善の道具を助言、提供し、「形態」を変更した掃除方法の習得を目指した。「形態」を変更して遂行できるよう介入したこと、「形態」変更を利用者との話し合いで決定したことが「作業権」行使の視点では重要な要素であった。心身機能改善ではなく、掃除という特定の生活行為向上が家事全般への前向きな姿勢につながった本事例のように、「作業権」行使を意識した介入は介護予防という観点からも重要な概念である。

4-2. 「作業権」行使のための総合事業に関する今後への提言

社会福祉の歴史は、国家の政策的対応と、その支持のもとでの社会的使命をもつ民間事業による組織的・専門的対応に発展させてきた²⁵⁾。つまり、国の公的責任を土台にして市場によって補足されることが本来の形である。総合事業は地域住民の参入を促進し、サービスの量的拡大に貢献していると捉えられる一方、従事者への調査でサービス利用に関する市町村間格差やローカルルールが存在していることも判明した。国家責任を後退させ、各市町村にその運営を一任したことは市町村間格差を生じることとなり、サービスの保障や「選択」という観点から「作業権」行使に重大な影響を及ぼす。地域毎のサービス量・質だけでなく、個人が有する資力により「作業権」行使が左右されることは、総合事業が公共的対応の性格を有していないことであるといえ、「市場化としての生活の社会化」²⁶⁾が拡大していることを意味する。

伊藤・日下部²⁷⁾は総合事業の実施状況を、①国モデル率先実行型「卒業」促進型、②基準緩和中心型、③現行相当サービスのみ形式的移行型の3パターンに分類した。これに沿うと、本稿で調査した事業所は全て③現行相当サービスのみ形式的移行型に該当する。しかし、サービス継続のために通所型Aを開設したように、徐々に現行相当サービスでは対応できない状況に

陥りつつある。極論、通所型 A が普遍的なサービスになってしまうと、報酬減による人材不足や専門職による介入困難状況に更に拍車がかかる。結果、個別ニーズに対応した介入は困難になる。「作業権」の視点で介護老人保健施設入所者を対象にしたインタビュー調査で、散歩、テレビ、新聞、トイレなど、多くのことをしている利用者が何もやることがないとコメントしていることが分かった²⁸⁾。客観的にはその利用者は数多くの作業に従事しているのだが、それがその利用者にとって「意味」ある作業ではない。つまり、人材不足は「意味」ある作業に従事するという視点から考えると、個別介入困難の環境を作り出し、利用者自身も「やってみたい・やれるかもしれない」と思っている作業をする機会が奪われることは、自分の能力を適切に判断し、今後の生活を組み立てていくために必要な情報を知ることができない²⁹⁾ ことに繋がる。利用者個々のニーズに即した介入は個々の専門職の質に依る側面も否めないが、最低限、「現行相当サービスのみにによる新総合事業移行を求める」³⁰⁾ ことが、「作業権」行使には不可欠な要素である。

岡崎³¹⁾ は、「国民にとって安心できる社会福祉の質を『実践・労働の系』としての社会福祉が保障されることを意味している」と述べている。それは福祉労働者がやりがいを感じ、利他的な価値の追求のなかで自己実現をはかる労働が、結果的に対象者の人権保障につながることを意味しており、そのために公共性をもつ労働として成り立たせる政策が必要である。総合事業を強硬に義務化し、報酬も削減され、ローカルルールが存在する状況は公共性をもつ労働として成立していない政策である。「作業権」行使には公共性をもつ労働が前提条件となり、福祉労働者の自己実現をはかる労働、人材不足解消の一助になり、最終的には高齢者の介護予防につながる。

最後に、「ケア援助計画」³²⁾ を参考にしながら、今後の総合事業、介護予防のための具体的な提言をする。地域ケアシステムの基軸は個別の「ケア援助計画」が策定されることである。これは、対象者の心身の状況や生活上の問題、生活歴、家族関係、近隣関係、住環境、経済的能力、対象者の願い・要求を生活の質の観点からアセスメントを実施し、援助することの重要性を示している。このうち、生活歴、願い・要求に近接するが、アセスメント項目に「作業権」の視点から「作業歴」を聴取することを提案する。「ケア援助計画」というまでもなく個別サービス計画を指し、個別は固有の生活と換言出来る。対象者固有の生活を捉える上で重要な概念が、作業の「形態」である。「形態」は「こだわり」と換言でき、個々人によって「自分らしい作業の行い方」³³⁾ は異なる。作業の種類によっては家族内に留まらず、例えば、地域の催事、中山間地域の移動販売による買い物といった、地区や地域固有の「行い方」も存在するなど、作業は環境や文脈に依存する。岡³⁴⁾ が、本人が重要にしている意味やそれを成り立たせるための「行い方」を全体的に評価することが大切であるという新たな視点を明らかにしたように、固有の生活を援助するために、これまでどのような作業をどのように行ってきたかという「作業歴」、そして、今後どのような作業を、どのように行いたいかを、ケア援助計画初期段階の面接で聴

取することが「作業権」行使の必須条件である。

上記提案の実施時期について述べる。本稿は「作業権」の視点から総合事業の現状・課題の列挙を目的としているため、対象となる高齢者や家族から主訴や希望を聴取できる要介護認定調査時・ケアプラン策定時点への言及は避ける。あくまでも訪問・通所サービス利用開始時、初回面接時といったタイミングで対象者の「作業歴」をアセスメント項目として導入することを提案する。「作業権」行使には本人の「選択」が不可欠な要素である。何かしらの作業を選択し、一見「作業権」を行使した介入をしているようでも、実際は従事者本位の介入となっていることに従事者は留意しなければならない。これまで指摘してきたように、根本的には制度上の欠陥による「作業権」の剥奪が現場レベルで起こっていることではあるが、制度が早急に改正されるわけではない。まずは、現場レベルで「作業権」の視点、ひとの作業を「形態」、「機能」、「意味」の切り口から捉える視点を有すことを求めたい。そして、対象者を「作業権」を行使できる対象として捉えることは、サービスを受ける者ではなく主体的な生活者として捉えることにつながり、それが「権利としての社会保障」³⁵⁾構築に向けて重要な視点となる。

— おわりに— 本稿が明らかにした点と課題 —

本稿は、総合事業に焦点を当て、「作業権」の視点からその現状や課題を挙げ、今後の高齢者の介護予防への提言を目的に論じた。

大東市や桑名市に代表される、介護保険制度からの強制的卒業、個別性を無視した十把一絡げの体操、無資格者によるサービス提供、高齢者の資力によるサービス利用格差や事業所の経営困難といった総合事業の課題が明らかとなった。

通所介護施設従事者と利用者に対するインタビュー調査からカテゴリーを抽出し、分析、考察をした。例えば、要支援者は1事業所の現行相当サービスを利用すると、地区社協が運営する通所型Bは利用できないというローカルルールが存在が判明した。また、通所型A開設理由が要支援者へのサービス保障であり、採算度外視で通所介護施設の自助努力に依存していることも明らかとなった。

対象者をサービスの受け手から主体的な生活者として捉えるために、「ケア援助計画」を基にしたサービス導入時における「作業歴」の聴取を提案した。

本稿は調査対象者を中都市に所在する通所介護施設で管理的な立場の従事者に限局した。利用者也総合事業の対象である事業対象者と要支援者から幅広く調査できていない。このことから、本稿における調査結果や考察は中都市における通所介護従事者と利用者という極めて限局された対象の調査結果でしかないため、総合事業の現状と課題という点で普遍化できる結果とはいえない。さらに、「作業権」という概念が難解で、その視点からみた総合事業の現状と課題という論点から調査できていない。今後は、対象者の属性を拡大または変更すること、対象者

に対して事前に「作業権」に関する説明を丁寧に実施し、その概念を前提知識としたうえで現状や課題を聴取する必要があると考える。そうすることで、幅広い視点から現状や課題を抽出することにつながり、より具体的な施策に関する提言ができると考えている。

〔注〕

- 1) 日田剛 (2019)「社会福祉における権利の固有性—社会福祉基礎構造改革期の検証—」『九州保健福祉大学研究紀要』第20号, 27-33
- 2) 若狭重克 (2016)「高齢者の地域生活支援における権利擁護実践—ソーシャルワークとしての視座—」『藤女子大学 QOL 研究所紀要』第11巻1号, 79-86
- 3) 岩間伸之 (2008)『支援困難事例へのアプローチ』メディカルレビュー社, 176-77
- 4) エリザベス・タウンゼント・ヘレン・ボラタイコ (2011)『続・作業療法の視点—作業を通しての健康と公正—』大学教育出版, 109-111
- 5) 岡千晴・港美雪 (2009)「自分らしい人生を作業で描くプロセス」『作業科学研究』第3巻1号, 29-35
- 6) 岡崎祐司 (2009)「くらしと福祉の現場で社会福祉をどうとらえるか」総合社会福祉研究所『現場がつくる新しい社会福祉』かもがわ出版, 132-133
- 7) 岡崎祐司 (2009), 前掲, 143
- 8) 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング (2017)「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業報告書」, 10-12, 19-22
- 9) 厚生労働省 (2018)「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」
- 10) 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング (2017), 前掲 10-12
- 11) 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング (2017), 前掲 19-22
- 12) 大東社会保障推進協議会・大阪社会保障協議会 (2018)「介護保険『卒業』がもたらす悲劇—あなたのまちが大東市と同じ失敗をしないために—」日本機関紙出版センター, 94-95
- 13) 「民医連新聞」第1633号 2016年12月5日 (<https://www.min-iren.gr.jp/?p=29759>, 2018.10.20)
- 14) 田中国雄 (2017)「全国最悪水準を作った政令市川崎の“新総合事業”その問題点と改善方向を考える」『月刊ゆたかなくらし』2017年6月号, 4-11
- 15) 「民医連新聞」第1599号 2015年7月6日 (<https://www.min-iren.gr.jp/?p=24006>, 2018.10.20)
- 16) 「民医連新聞」第1630号 2016年10月17日 (<https://www.min-iren.gr.jp/?p=28892>, 2018.10.20)
- 17) 「民医連新聞」第1660号 2018年1月22日 (<https://www.min-iren.gr.jp/?p=33923>, 2018.10.20)
- 18) 林泰則 (2017)「『介護保険17年』の軌跡と現状」岡崎祐司・福祉国家構想研究会『新福祉国家構想⑥老後不安社会からの転換—介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店, 39
- 19) 中村剛 (2012)「福祉思想におけるケアの倫理の可能性—正義の倫理を補完する福祉思想—」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』第15巻第2号, 37
- 20) 中村剛 (2012), 前掲, 37-44
- 21) 酒井ひとみ他 (2016)「居宅介護サービス受給者の作業的公正—沖縄県北中城村調査—」『関西科学福祉大学総合福祉科学研究』第7号, P9-20
- 22) 井上英夫 (2018)「社会保障をめぐる対抗関係と人権としての社会保障の課題」医療・福祉問題研究会『医療・福祉と人権—地域からの発信』旬報社, 87
- 23) 曾我千春 (2018)「介護保険制度の改革と介護保障」医療・福祉問題研究会『医療・福祉研究第27号』, 14

- 24) 石橋裕 (2018)「実践事例 7 地域リハビリテーション活動支援事業として訪問型サービス C に参画～家の掃除をあきらめていた事例への助言～」『総合事業実践事例集』25-28
- 25) 岡崎祐司 (2009), 前掲, 145
- 26) 岡崎祐司 (2009), 前掲, 139
- 27) 伊藤周平・日下部雅喜 (2016)『[新版] 改定介護保険法と自治体の役割—新総合事業と地域包括ケアシステムへの課題—』自治体研究社, 99
- 28) 真田育依 (2019)「作業科学で見る介護老人保健施設—作業的公正の視点を通して」『臨床作業療法』第 16 号 5 巻, 青海社, 349
- 29) 真田育依 (2019), 前掲, 350
- 30) 伊藤周平・日下部雅喜 (2016), 前掲, 104-105
- 31) 岡崎祐司 (2009), 前掲, 127
- 32) 岡崎祐司 (2017)「生活と自治と権利の地域ケアシステムをつくる」岡崎祐司・福祉国家構想研究会『新福祉国家構想⑥老後不安社会からの転換—介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店, 204-205
- 33) 岡千晴・港美雪 (2009), 前掲, 33
- 34) 岡千晴・港美雪 (2009), 前掲, 34
- 35) 岡崎祐司 (2017), 前掲, 200

〔参考文献〕

大東社会保障推進協議会・大阪社会保障協議会 (2018)『介護保険「卒業」がもたらす悲劇—あなたのまちが大東市と同じ失敗をしないために—』日本機関紙出版センター

(わたなべ しんすけ 社会福祉学研究科社会福祉学専攻修士課程／修了)

(指導教員：新井 康友 准教授)

2020 年 9 月 23 日受理